

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N

713

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Roger CORNU

Ancien Interne à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice.

Né le 27 mars 1911, à Rolleville (Seine-Inférieure).

**Sur une forme léthargique
et onirique d'encéphalite toxique
colibacillaire**

Travail du Service de M. le Docteur H. BARUK
Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice.

Président : M. CLAUDE, Professeur.

PARIS
JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1937

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Roger CORNU

Ancien Interne à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice.

Né le 27 mars 1911, à Rolleville (Seine-Inférieure).

**Sur une forme léthargique
et onirique d'encéphalite toxique
colibacillaire**

Travail du Service de M. le Docteur H. BARUK
Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice.

Président : M. CLAUDE, Professeur.

PARIS
JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1937

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		POLONOVSKI.
Bactériologie		Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie médicale et générale		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		ABRAMI.
Pathologie chirurgicale		CHEVASSU.
Anatomie pathologique		ROUSSY.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée		FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		Maurice VILLARET.
Clinique médicale	}	LOEPER.
		CARNOT.
		CLERC.
		Marcel LABBÉ.
		LEREBOULLET.
		NOBÉCOURT.
		H. CLAUDE.
		GOUGEROT.
		GUILLAIN.
		LEMIERRE.
	}	CUNÉO.
		GOSSET.
		GRÉGOIRE.
		LENORMANT.
		TERRIEN.
		MARION.
		BRINDEAU.
		COUVELAIRE.
		JEANNIN.
		MOCQUOT.
	}	OMBREDANNE.
		RATHERY.
		LEMAITRE.
		Pierre DUVAL.
		SERGENT.
		BEZANÇON.
		MATHIEU.
		LAUBRY.
		HOVELACQUE.
		MULON.
Professeurs sans chaire	}	OLIVIER.
		VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale.
BARIETY Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
BEZANÇON	
(Justin) Hydrologie.	GAYET Physiologie.
BOULIN Pathologie médicale.	DE GENNES .. Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU Pathologie médicale.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
COSTE Pathologie médicale.	HAZARD Pharmacologie.
DOGNON Physique.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
FEY Urologie.	JOANNON Hygiène.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.

MM.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 PHILIBERT ... Bactériologie.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY.

} Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCO.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOURE.
 QUENU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

} Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE.
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL.
 METZGER.

} Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 PHILIBERT, agrégé Microbiologie.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

*Dont nous venons de ressentir dans
notre affection la perte cruelle.*

A MON PERE

A MA FEMME

A MA SŒUR ET A MES FRERES

A MES AMIS ET CAMARADES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

Officier de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin des Hôpitaux Neuro Psychiatrique

Professeur de Clinique des Maladies Mentales

En témoignage de notre très respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.

A MON MAÎTRE M. LE DOCTEUR HENRI BARUK

Chevalier de la Légion d'Honneur

Médecin-Chef de la Maison Nationale de Santé

Ex-chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris

*Dont j'eus l'honneur d'être l'interne
et qui m'assura toujours de son bien-
veillant appui et de ses précieux con-
seils. Il voulut bien inspirer et docu-
menter ce travail.*

*Qu'il trouve ici un témoignage de
ma profonde gratitude et de mon ad-
miration respectueuse.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

M. LE PROFESSEUR JACQUES PETIT
Professeur de Clinique Chirurgicale

M. LE PROFESSEUR DEVE
Professeur de Clinique Médicale

M. LE DOCTEUR PAYENNEVILLE

M. LE DOCTEUR CASTAGNOL

M. LE DOCTEUR ANDRÉ CAUCHOIS

M. LE DOCTEUR PIERRE CERNE

M. LE DOCTEUR RENÉ HELOT

M. LE DOCTEUR HALIPRE
Directeur de l'Ecole de Médecine de Rouen

M. LE DOCTEUR JACQUES LEGRAND, in mé-
riam.

*Dont j'eus l'honneur d'être le prépa-
rateur à l'école de Médecine.*

M. LE DOCTEUR ANDRÉ DEROCQUE

M. LE DOCTEUR TAMBAREAU

M. LE DOCTEUR POTEZ

*Dont je suivis les conférences d'In-
ternat et que je tiens à remercier ici
de leur patient enseignement.*

I

INTRODUCTION

Lorsqu'on parle d'encéphalite léthargique, on envisage à peu près exclusivement la maladie décrite à la fin de la guerre, à la suite des travaux de CRUCHET et ECONOMO et désignée ensuite également sous le nom d'encéphalite épidémique.

Cette maladie semble bien en rapport en effet avec l'existence d'un virus neurotrophe bien particulier.

ECONOMO a expliqué les symptômes léthargiques par l'atteinte élective des régions de la base du cerveau, ce qui explique également les phénomènes oculo-moteurs et oniriques.

La survenue ultérieure de syndromes parkinsoniens donne en quelque sorte une signature à cette maladie qui présente ainsi des caractères cliniques, anatomiques et étiologiques bien déterminés, et qu'on attribue en général à un virus filtrant. Ces notions semblent tellement classiques qu'en présence d'un cas de léthargie ou de narcolepsie avec signe infectieux on pense automatiquement et presque exclusivement à l'encéphalite épidémique.

Il n'est pas impossible cependant que d'autres toxi-infections ne puissent déterminer des syndromes cliniques quelque peu analogues.

Nous désirons notamment dans ce travail attirer l'attention sur certaines manifestations somnolentes et oniriques relevant d'une encéphalite toxique colibacillaire et pouvant parfois simuler plus ou moins l'encéphalite léthargique.

Rappelons à ce sujet que le rôle neurotrope des colibacilles présente une importance peut-être plus grande qu'on ne l'a supposé pendant longtemps.

Au début, seules les myélites colibacillaires ont retenu l'attention (GILBERT ET LYON, TOINOT ET MASSE-LIN). La découverte par le Pr. VINCENT de la toxine colibacillaire a ouvert ensuite des horizons très intéressants. Le Pr. VINCENT insiste surtout aussi sur les lésions de la moëlle, sur les paraplégies, ainsi que sur les syndromes bulbaires. Il rapportait néanmoins chez ses animaux des cas de mort dans le coma et notait l'atteinte toxique cérébrale, notamment chez le cobaye.

En décembre 1932, CLAUDE, H. BARUK et FORESTIER¹, ont décrit des encéphalites colibacillaires à forme schizophrénique. A la même époque H. BARUK a étudié plus spécialement la catatonie colibacillaire clinique et expérimentale, ainsi que les psychoses colibacillaire². Il avait déjà insisté, dans ce travail et dans un article de *Paris Médical*³ d'une part en clinique humaine, sur l'importance de certaines ma-

(1) CLAUDE, H. BARUK et FORESTIER : Encéphalites colibacillaires à forme schizophrénique. (*Soc. Médico-Psychol.*, Décembre 1932).

(2) H. BARUK. — Rapport au Congrès de Thérapeutique, Paris, 1933, Doin, Editeur.

(3) H. BARUK. — *Paris Médical*, Octobre 1933.

nifestations de somnolence et d'onirisme, et d'autre part sur l'action somnolente de la toxine neurotrophe dans l'expérimentation animale.

Ajoutons également, que, en 1927, LEREBoullet et ST-GIRONS⁴ dans un travail intitulé : « La forme intermittente comateuse de la colibacillose du nourrisson », avaient déjà mis en valeur l'importance de la somnolence dans la colibacillose du nourrisson.

Nous rapportons ci-dessous quelques observations cliniques de malades observés par M. H. BARUK, dans lesquelles on note, au cours de toxi-infections colibacillaires des manifestations narcoleptiques caractéristiques rappelant celles que l'on peut observer dans l'encéphalite épidémique.

Nous ferons suivre ces observations de quelques commentaires de diagnostic différentiel et de quelques autres faits analogues résumés, montrant l'intérêt de ces formes léthargiques de la colibacillose. Nous terminerons par quelques données pathogéniques et thérapeutiques.

(4) LEREBoullet et SAINT-GIRONS. — La forme intermittente comateuse de la colibacillose du nourrisson. (*Le Nourrisson*, Paris, p. 336, nov. 1927).

II

ETUDE CLINIQUE

1° *Formes narcoleptiques et léthargiques.*

OBSERVATION I.

Mme W..., 31 ans.

Accès d'onirisme et de narcolepsie puis ébauches de crises cataleptiques dans une colibacillose puerpérale. Rechute à la suite d'un 2° accouchement.

Le 10 août 1932, accouchement absolument normal, après une grossesse entièrement normale, sans albuminurie. Aussitôt après l'accouchement, difficulté d'uriner en position couchée (cathétérisme pendant 6 jours). Au bout de 6 jours, mixtions normales.

Nourrit son enfant au sein.

Rien d'anormal pendant le premier mois.

Premier lever 21 jours après l'accouchement.

Dès le premier lever, sensation de vide dans la tête, d'étourdissement.

Légère nervosité attribuée au départ de la garde religieuse les jours suivants. Nausées. Fatigue. Douleur de reins (du rein gauche surtout).

Un mois après l'accouchement, un matin, au réveil, la malade dit : « C'est bizarre, voici deux heures que je cherche le nom de ma petite, je ne peux pas me le rappeler ». Ne reconnaissait pas bien les lieux, ne savait pas où elle était.

Son mari dit : « Je donne à boire à la petite ». Elle dit

alors : « A quelle petite » ? Se plaignait de chaleurs dans la tête, disant « je vais perdre la raison ».

A noter que la nuit précédente, la malade avait eu le soir du tremblement de tous les membres, surtout des jambes, et à peu près en même temps, elle vomit tout son dîner.

Durant la matinée, nouvelle crise de tremblement. Amélioration dans la journée, mais toujours « impression de ne pas se reconnaître dans la maison », impression comme si « la tête s'en allait », comme si « c'était vide dans la tête ».

Cette impression persiste toute la semaine.

On arrête alors l'allaitement. Mme W... va se reposer à la campagne chez des parents. Mieux, mais persistance de la sensation de vide. Douleurs à type d'hémicranie.

Les céphalées restent fréquentes, *survenant tout d'un coup* dans la journée, et durant 4 à 5 minutes, à la suite tête très lourde, vide dans la tête, insomnie. .

Même état jusqu'à fin décembre, avec bonnes journées.

Amélioration progressive, le sommeil revient.

Au début de janvier 1933, bien.

Vers le 10 janvier, brusque fièvre (39°5). Céphalée violente, divagation dans le cours de l'après-midi.

A noter d'ailleurs que précédemment, il y avait eu des divagations de même, au cours ou plutôt à la suite des céphalées. Voulant parfois s'en aller; aux mêmes moments disait : « On sonne à la porte », parlait de comptes anciens avec une femme de ménage, croyait qu'il fallait décrocher les tableaux, le cygne de Lohengrin revenait dans la tête, parlait de chevalier, etc... Ces manifestations oniriques venaient les yeux ouverts. La malade à ces moments là ne reconnaissait personne. pas même sa petite fille.

En Janvier, avec la fièvre, les mêmes symptômes oniriques reviennent, puis se calment, en même temps que la fièvre.

En février, nouvelles douleurs lombaire. Cathétérisme. Présence de colibacilles, mais pas de pus.

Le Bacté-Coli-Phage donne une amélioration passagère.

En même temps, infections dentaires multiples et persistants abcès.

En Mars, fatigue s'expliquant bien avec la diète, mais nouvelles crises d'onirisme à chaque alimentation.

Impression de vide, lassitude extrême.

Le 28 mars survient une scarlatine (??) (éruption, début brusque à 40°), mais à noter des injections antérieures de novarsénobenzol, 1^{re} injection de novar 9 à 10 jours avant l'éruption. Il s'agit donc probablement d'un érythème du 9^e jour. Fièvre pendant 3 jours. Transpiration profuse. Après ces accidents, amélioration remarquable dans la tête. Mme W... se sent beaucoup mieux. Elle « s'est sentie dégagée d'un seul coup ». Depuis lors, aucun trouble au point de vue céphalique jusqu'à il y a 2 mois. Très bien pendant l'été à part quelques douleurs intestinales.

En Octobre dernier, au moment des règles, réapparition de quelques douleurs dans la tête. Les règles viennent peu abondantes.

En novembre, au moment des règles, douleurs lombaires, régime. *Apparition de sommeil* pour la 1^{re} fois : « Tout d'un coup, j'ai la tête lourde, les bruits s'éloignent, sont lointains, je me sens engourdie... je ne peux alors résister, je m'endors ». S'endort dans un fauteuil ou bien va se coucher. Les accès de sommeil duraient au début 1 heure 1/2 à 2 heures.

Ils se reproduisaient environ toutes les semaines, et sont de plus en plus forts et de plus en plus longs. T. : 37° le matin, 37°2 le soir.

Il y a quinze jours, Mme W.... a eu une crise de « sommeil » qui a duré une journée entière. Là, on ne pouvait pas la réveiller. A force de la secouer, elle répondait parfois « Laissez-moi », d'autres fois, elle restait en pleine torpeur. Au réveil, courbature. Se sent brisée. Pas de fièvre.

Mardi dernier, nouvel accès.

Le Dimanche avait été bon. Le lundi aussi. Son mari qui l'avait quittée bien en sortant à 5 heures, rentre 20 minutes après « ça n'allait pas, l'engourdissement l'avait prise tout d'un coup en jouant avec sa petite fille ».

Fatigue vers 9 heures 1/2. S'endort tout d'un coup « comme une masse » disant « Ah ! je ne me rappelle plus ».

Sommeil lourd avec torpeur jusqu'à 4 heures du matin; reprise vers 6 h. jusqu'à 9 h. du soir.

Mercredi début du traitement sérothérapique. Urines actuellement claires, mais très mal odorantes l'année dernière, au moment des céphalées.

Fréquence des frissons, de sueurs.

Antécédents.

Troubles gastriques fréquents (Nausées fréquentes avec embarras d'estomac. Pas de constipation). Mais tous ces troubles avaient complètement disparu dans la grossesse, jamais elle ne s'était sentie si bien. Ce n'est qu'après que tout est apparu.

— Un petit accès de divagation, il y a 8 ans, dans la journée comme un rêve à l'occasion d'une inquiétude au sujet de sa mère.

— Coqueluche.

— Rougeole suivie d'otite.

— Oreillons.

— Appendicite (??) il y a 10 ans. En réalité, pas de crise, douleur colon droit avec nausées. Opération à froid après la douleur. Appendice sain. Discussion sur le diagnostic.

Revu le 26 décembre 1935 (soit 2 ans après le 1^{er} examen).

Traitement sérothérapique, 30 cc. par jour. Reçoit en tout 45 ampoules.

Amélioration très rapide, disparition remarquable des sensations d'engourdissement.

Une quinzaine de jours après la sérothérapie, Mme W... se sent parfaitement bien. Reste ensuite en parfait état.

Pas de maladie sauf une sinusite, l'année dernière à l'occasion d'un coryza, qui guérit très bien.

Nouvelle grossesse qui débute en février dernier (1935).

Au début nausées, vertiges, durant les 3 premiers mois surtout debout. Mme W... est obligée de s'étendre. Au bout de 3 mois, très bien.

La grossesse s'achève bien.

Prend un peu de anti-colitique ASTIER.

Accouchement le 9 novembre 1935, facile, en 4 heures. Bonne position du fœtus. Accouchement normal, enfant 6 à 7 livres. N'allait pas.

Aussitôt après commence une constipation opiniâtre avec grand ballonnement du ventre. 2 jours après l'accouchement, Mme W... présente une coloration jaune sans qu'il y ait ictère proprement dit. Loraga, lavements, magnésie. Elle supporte très mal ce dernier laxatif et présente après son absorption des coliques fortes, de la diarrhée : débacle d'intestin le 3 décembre; avec en même temps, *sensation de vertiges*, selles fétides, décolorées, tête vague, lourde un peu comme après la précédente grossesse, mais moins forte. Pas de sommeil comme la première fois.

Le soir du 3 décembre « jambes tremblantes, nausées, grands malaises ».

Le Médecin habituel commande aussitôt le sérum *anti-colibacillaire* de Vincent. (40 cc. le 1^{er} jour, arrête 4-5 jours puis après avoir pris l'avis du D^r BARUK, reprend la sérothérapie). Il avait noté l'apparition de vertiges et de sensations d'engourdissement dans la tête. Mme W... entend moins bien, voit moins bien. En somme *nouvelle ébauche de crise cataleptique*, surtout le matin 1/2 h. après le réveil. Elle dit alors : « J'ai ma tête pas très bien, ça s'engourdit ». Les yeux restent ouverts, mais elle ne répond pas aux questions. Cela dure de 10 minutes à 1 heure parfois.

Elle reste alors couchée; parfois elle se dresse assise sur son séant et reste ainsi comme pétrifiée, ou tourne la tête à droite et à gauche sans arrêt.

La crise cesse tout d'un coup, aussi brusquement qu'elle a commencé. Crise de larmes à la fin.

La crise est suivie de dépression, de tristesse.

Pendant la crise, la malade entend ce qu'on dit, mais vaguement. La crise lui fait l'impression « comme quand on aurait une syncope, bourdonnement d'oreille, brouillard dans la vue, on sent la tête qui va partir ». Elle ne perd pas complètement conscience, mais a l'impression d'être obnubilée. « Je vois bien qu'on est autour de moi, mais je ne reconnais pas bien les gens ». La pensée est comme suspendue ou plutôt il y a de la difficulté de penser.

Si elle parle pendant la crise, elle répète sans arrêt « Ah ! comme j'ai la tête pas bien, comme c'est pénible ». Les

crises viennent parfois 2 ou 3 jours de suite lorsque l'intestin ne fonctionne pas bien.

Le D^r A. institue donc la sérothérapie à la dose de 30 cc. puis 20 cc. de sérum pendant 8 jours, avec la potion benzoate-salicylate.

Un crise le lendemain du début du traitement puis plus de crises du tout. Amélioration remarquable de l'état intestinal, la constipation disparaît, la langue se nettoie.

La sérothérapie est suspendue il y a 8 jours.

Il y a 2 ou 3 jours redevient moins bien, coliques, pas de malaises nerveux.

Examen bactériologique des urines : En pleine sérothérapie. Pas de pus, ni de colibacilles, ni d'odeur.

En résumé, il s'agit d'une malade qui, au cours d'une affection colibacillaire puerpérale, présente successivement des accès d'onirisme, des accès de narcolepsie et enfin des ébauches de crises cataleptiques.

L'onirisme est survenu d'abord par bouffées, accompagné de « tête lourde » de torpeur et de fièvre. Les accès de sommeil ont revêtu ensuite les caractères de la vraie crise de narcolepsie, tantôt la malade s'endormant brusquement dans un fauteuil, les yeux fermés, tantôt en allant se coucher, ressentant l'impression d'un sommeil irrésistible.

Toutefois, ultérieurement, on réveille plus difficilement la malade, et enfin, un peu plus tard, elle est prise d'engourdissements au cours desquels elle est pétrifiée, gardant les yeux ouverts, c'est alors la crise de catalepsie.

Cette observation nous montre donc une fois de

plus d'une part les parentés bien connues du sommeil et de l'onirisme, d'autre part les parentés du sommeil vrai et de la catalepsie comme l'ont montré de nombreuses études cliniques et expérimentales. Il semble bien qu'entre ces deux états ce soit surtout une question de degré du trouble. Nous verrons dans le chapitre suivant comment les données expérimentales concernant la toxine colibacillaire permettent d'expliquer ces faits.

Une telle observation est à rapprocher d'une observation de H. BARUK et DEVAUX¹ dans laquelle on a vu une association de somnolence et d'onirisme dans les prodromes d'une catatonie colibacillaire.

Voici une autre observation dans laquelle nous voyons toujours associés au cours d'une longue colibacillose des crises de narcolepsies, des algies, des signes oculaires.

OBSERVATION II

M. Cou..., 40 ans.

Crises de narcolepsie, algies avec épisodes fébriles. Colibacillose urinaire, diplopie monooculaire.

Observation d'un malade adressé par M. le Dr MALLARET au Dr H. BARUK à la Consultation externe de la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice.

Malade se plaignant depuis 15 ans de somnolence, asthénie, courbature. Somnolence invincible ressentie pour la 1^{re} fois à Pau en avion; il a dû rentrer à l'atterrissage, ne

(1) H. BARUK et DEVAUX. — Catatonie grave, colibacillaire. Délire onirique intriqué avec la catatonie. Guérison après sérothérapie. (*Soc. Médico-Psychol.*, nov. 1933).

se rappelle plus comment il a fait. Il pilotait et il a fait cette manœuvre inconsciemment puis s'est endormi. Il s'est réveillé le lendemain à l'infirmerie où il a dormi profondément. En même temps diarrhée, douleur entre les épaules. La diarrhée liquide a duré une dizaine de jours, accompagnée « d'aphtes » sur les lèvres. Pas de température. Reste 15 jours à l'infirmerie, anéanti, perdant l'équilibre, étourdi, sans vrai vertige, un engourdissement complet sans grand sommeil.

Le malade a pu après cet accident reprendre du service jusqu'en été 1918, un an après le 1^{er} accident, il s'est réveillé un matin anéanti avec des « douleurs formidables partout » grosse température, diarrhée. Pendant 10 jours ainsi somnolence, mal dans la nuque et mal entre les épaules avec irradiations aux bras.

Jusqu'en juin 1921, rien. Puis, cette année, à 28 ans, fortes douleurs à la face du côté droit. On examine les sinus : rien. Extraction d'une dent : issue de pus du sinus maxillaire. Amélioration.

En 1927 apparaît une masse dans la paupière supérieure gauche qui s'enflamme et finit par clore la paupière. Opération : on trouve un point d'ostéite. En même temps, douleurs dans les dents qui se gâtent, impression de « tête lourde », de « surpression ». Le malade se soulage en faisant saigner les gencives. Migraines. Douleurs de la joue : névralgies du tri-jumeau qui diminuent par une purge ou un lavement, soulagement immédiat.

En 1930, les douleurs reprennent de plus belle avec des fourmillements dans les membres, le malade doit s'aliter 15 jours. Pas de température. Seule l'héroïne amène un soulagement. L'état empire.

— On fait tous les examens de laboratoire : urines sang, L. C. R. qui sont négatifs.

Spermoculture : rien.

Urines : oolibacilles à l'examen direct; Indol et catol.

Cte d'Ambarde : 0,07.

Urée : 0,40.

Cholestérine : 2, 25 %.

Verne : 0.

Hecht : négatif.

BW : négatif.

Vernes à la résorcine : 12.

Selles : pas de parasites. Pas de sang.

Besredka : négatif.

Examen du sang en 1930 :

Hémoglobine du sang : 80 %.

Coagulation

T. de saignement

Vitesse de sédimentation

Hématies : 5.180.000.

Leucocytes : 8.910 dont 15 % monos.

} normales.

P. L. Juillet 1392 :

Tension 28 assis.

Album : 0,35.

Pandy : négatif.

Weitbrecht : négatif.

1/ leucocyte par mm³.

B W : négatif.

En résumé toute une série d'examens négatifs sauf une fois nombreux colibacilles trouvés en 1930.

En 1930, quelques troubles visuels : Astigmatisme de l'œil droit portant sur les lignes horizontales. Ce n'est pas une diplopie vraie, car c'est un phénomène monoculaire. Mauvaise accommodation au loin. Il ne voyait 2 têtes superposées qu'avec l'œil droit et pas avec l'œil gauche.

Le 3 juin 1931, examen des yeux par le Dr V. MORAX : négatif. Aujourd'hui, le malade semble réaliser presque à volonté une véritable diplopie.

— Depuis quelque temps, le malade a beaucoup maigri; ressent « des secousses musculaires sous la peau ». Atrophies musculaires surtout à la main droite : Le malade a eu une fracture du coude droit, il y a 35 ans : gros cal. Cette atrophie s'est produite depuis quelque temps avec anesthésie des V° et IV° doigts de la main droite. Pas d'atrophie à gauche, mais le malade commence à souffrir de cette

main. La somnolence s'accompagne quelquefois de mauvais goût à la bouche.

Antécédents.

Enfant délicat.

A 2 ans, ganglion cervical enlevé chirurgicalement.

Angine. Affections pulmonaires. Entre 9 et 12 ans, grosse rate avec frissons et accès fébriles le soir, le malade habitait le sud de la Russie où il n'y avait pas de paludisme.

Végétations adénoïdes. Embarras gastriques fréquents *Forte jaunisse*, avec fièvre à l'âge de 13 ans. Cœur petit jusqu'à l'âge de 13 ans, quelques syncopes bleues.

A 14 ans, orchite droite sans cause apparente, aiguë ayant apparu brusquement en montant un escalier. Grosses douleurs. Petit suintement urétral. Un rapport sexuel un an avant. Guérison à peu près totale en une dizaine de jours. Pas d'oreillons.

A 15 et 16 ans néphrite, douleurs dans les reins, hématurie. Albumine. Pus dans l'urine. Pas d'examen bactériologiques. Fièvre aphteuse à 17 ans.

A 17 ans apparaissent les premiers troubles nerveux : vue troublée et mal de tête et une somnolence : Un soir en Russie, en hiver, le malade accompagnait un ami à la gare, au retour il s'est endormi dans la voiture. Ce sommeil a duré 10 jours pendant lesquels délire et fièvre très forte. A Odessa le Diagnostic porté fut fièvre typhoïde : pas d'examen de laboratoire à l'appui. Perte de cheveux.

Bien portant jusqu'à l'âge de 25 ans. Pas d'éthylisme.

Marié à 19 ans. Vit en Russie, en France, à Liège où il fait des études pour être ingénieur. S'engage dans l'aviation française pendant la guerre. A une fille de 19 ans. Impuissant depuis 2 ans.

Examen du 22 août 1934.

Depuis quelque temps, le malade ressent des « distensions articulaires », « des déboitements ». Douleurs musculaires.

— *Inspection* : Homme amaigri, sec. Atrophie musculaire du M S D : Main droite du type Aran-Duchenne (fonte des espaces interosseux, de l'éminence thénar portant sur l'ad-

ducteur, de l'éminence hypothénar). Cette atrophie domine dans le territoire du cubital. A l'avant-bras, les épitrochléens tout particulièrement touchés. L'épitrochlée et la fosse sus-épitrochléenne sont très marquées. A la face dorsale, tout l'avant-bras est amaigri et il y a une énorme dépression sus-épicondyléenne. Au bras, fonte des muscles internes et externes, des muscles postérieurs et antérieurs.

L'atrophie des avant-bras est apparue depuis une dizaine de mois tandis que celle du bras est apparue à la suite d'une fracture du coude survenue il y a 35 ans et dont on retrouve un gros cal osseux comblant la gouttière cubitale. Les muscles deltoïde, pectoraux, péri-scapulaires, postérieurs semblent normaux ou peut-être très légèrement amyotrophiques.

Les doigts de la main droite ne peuvent être écartés l'un de l'autre. L'opposition du pouce est conservée.

Les sensations sont abolies dans le territoire du cubital; cela au dire du malade depuis 2 ans. A gauche, le malade ressent des fourmillements, souffre de son cubital gauche et prétend ressentir des fourmillements dans le territoire de ce nerf. L'extension du coude droit n'est pas possible complètement.

Réflexes.

Réflexe radial faible, mais conservé, cubito-pronateur très bon ainsi que le tricipital. De même au membre supérieur gauche.

Réflexes rotuliens normaux.

Réflexes achilléens normaux. Idio-musculaires normaux.

Signe de Babinski, en flexion des deux côtés.

Pas de paralysie faciale.

Réflexes pupillaires normaux.

Mouvements de l'œil normaux, sauf que l'œil droit ne tient pas sa convergence. Au dire du malade, la pupille droite, le soir, serait pour le même éclairage beaucoup plus dilatée que la gauche.

Le moteur oculaire externe droit semble anormal.

Aucun signe de syphilis héréditaire.

Auscultation.

Rien au cœur.

Rien à l'appareil pulmonaire.

Douleurs à la pression des muscles du dos (cellulite) localisées surtout le long de certains cordons musculaires.

Tension artérielle au Vaquez :

humérale gauche : 10 — 5.

humérale droite : 9,5 — 5,5.

2° Formes à prédominance onirique.

Dans certains cas, l'élément sommeil apparaît peu et c'est l'onirisme qui domine, mais on peut considérer cet onirisme comme un équivalent du sommeil. Il peut apparaître soit isolément, soit être plus ou moins dissocié des phases de sommeil.

Il en était ainsi dans une observation recueillie par H. BARUK, dans laquelle la malade se croyait Jeanne d'Arc et se voyait transportée dans les ruines du Château-Gaillard, en Normandie.

Voici une observation du même genre¹ publiée aux Ann. médicopsychol.

OBSERVATION III.

Mme B..., 29 ans¹.

Pychose colibacillaire à forme onirique puis maniaque au cours d'une pyélonéphrite postpuerpérale tardive. Reproduction expérimentale dans la série animale du sommeil pathologique et des hyperkinésies par la toxine colibacillaire provenant des urines de la malade.

Aucun antécédent personnel d'ordre psychopathique n'est à retenir jusqu'à l'histoire actuelle.

(1) H. BARUK et TRUBERT. — Extrait des Annales Médico-Psychologiques, Novembre 1933.

Trois grossesses menées à terme. Durant la dernière grossesse, la malade ressent quelques douleurs dans la région hépato-vésiculaire et au carrefour iléo-caecal. Pas d'albuminurie. Pas de pyélonéphrite reconnue. L'accouchement a lieu en juin 1932 sans incident. L'allaitement se poursuit normalement.

En Décembre 1932 (donc cinq mois après l'accouchement, survient une poussée brusque de pyélonéphrite (température à 40°, douleurs lombaires, pyurie). Du 18 au 22 décembre, la température se maintient entre 37°5 et 40° sans aucun trouble mental. Le 23 décembre, la température descend à 38°5, mais en même temps la malade devient *confuse* et *agitée*. Brusquement, elle se jette par la fenêtre et tombe sur des fils électrifiés. Elle reste suspendue par les fils pendant 10 minutes. On l'enlève à grand peine. On note alors une brûlure grave du dos (plaie transversale profonde à l'endroit où elle a été en contact avec les fils électrifiés). (Quand elle fut guérie, elle explique qu'elle avait eu l'impression que cet événement — chute sur les fils électriques — n'avait pas été la réalité, mais un rêve). En outre, la malade présente un état d'agitation très intense qui s'aggrave les jours suivants en même temps que l'état général s'altère. C'est dans ces conditions qu'elle doit être hospitalisée en maison de santé le 6 janvier 1933.

A son entrée, agitation violente, état général grave, langue sèche, température entre 38° et 38°5. Verbigération incessante et sorte de conversation intérieure, comme le montrent les notes suivantes prises le 9 janvier.

La malade parle sans arrêt, semblant absente de tout ce qui l'entoure. Il est impossible de fixer son attention, fausses reconnaissances. « Dépêche-toi, Alphonse... Bonjour M. J. (croit reconnaître un médecin qu'elle a connu auparavant), Vous avez des lunettes d'or... ». Puis, ajoute, en faisant de sa main droite, des mouvements rythmés : « Ah ! tu devais bien comprendre M. Alphonse, la première femme, je ne suis pas folle, mais j'ai bien compris qu'il était impossible qu'un corbeau... Il n'y a pas d'oranges en France... Pas trop loin, arrête-toi (elle crie), je m'arrête moi-même. Tes sœurs,

tes sœurs... Jusqu'à ta mère qui était jeune, zibelines, comme la Maison Révillon... ».

Faciès vultueux, agitation motrice surtout de la main droite.

La malade est soumise à un traitement hygiénique minutieux et traitée par la pyoformine.

Les jours suivants, même état, même difficulté de fixer l'attention. Cependant, on parvient, par instants à obtenir une réponse : dit son âge, son domicile, le mois exact. Nous lui demandons l'année. Répond 1930 invariablement, semble répondre n'importe quoi.

Température : 38°. Langue saburrale. La brûlure s'améliore progressivement. Notons, en passant, que les plaies dues à la chute sur les fils sont guéries sans suppuration.

15 janvier 1933. — Aspect maniaque caractéristique. Se cache sous ses draps en riant et en disant : « Vous ne me verrez pas, mon mari est là dans la chambre ».

D. — Comment cela va-t-il ?

R. — Très bien, je vous dis Cambridge, yes, non. Compliments, Alphonse, t'es très calé, tu connais l'Autriche, je te paie le voyage à la bourse de ton père, à ses frais, à condition que ma belle-mère ne te rencontre pas. Si tu la rencontres, bouffe-là, comme une arête... Il y en a qui disent que l'homme descend du singe.

D. — Comment est-ce que je m'appelle ?

R. — Jules Lecomte, t'es en train de faire des comptes (nous voyant écrire).

L'examen cyto-bactériologique des urines, fait par le D^r DELAVENNE montre les résultats suivants.

Ex. chimique : 0,80 cq. d'albuminurie.

Ex. cytol. : nombreux leucocytes en amas, nombreuses hématies, quelques cellules vésicales et rénales isolées.

Ex. bactériologique : présence de colibacilles caractérisés par les cultures et les diverses réactions.

Tension artérielle normale. Urée : 0 gr. 28.

La malade s'améliore peu à peu, à la fois au point de vue physique et mental. A partir du 15 janvier, on fait un traitement par auto-vaccin. A la fin de Janvier, l'état maniaque

s'atténue, on peut fixer l'attention, la malade fait la critique de son état antérieur. L'état général s'est considérablement relevé, et l'examen physique est négatif, à l'exception d'un subictère des conjonctives (à noter que la malade avait souffert du foie durant sa grossesse).

Peu à peu, l'amélioration s'accroît de plus en plus. Fin Janvier, la malade est pratiquement guérie au point de vue mental. La malade rentre chez elle en Avril ne présentant plus aucun trouble et la plaie du dos complètement guérie. Depuis lors, son état se maintient parfaitement satisfaisant.

Quant à l'examen des urines, deux examens bactériologiques faits le 23 mars et le 13 avril ont montré l'absence de colibacilles, mais la présence d'entérocoques.

Nous avons enfin cherché à appuyer les données cliniques précédentes par l'expérimentation.

L'un de nous, grâce au P^r VINCENT, a pu étudier expérimentalement la toxine préparée à partir de la culture de colibacilles isolée des urines de cette malade.

Cette toxine, étudiée d'abord par le P^r VINCENT, se montrait extrêmement virulente (un cc. en injection intra-veineuse tuait un lapin en 1 heure). La culture fut ensuite atténuée par chauffage et c'est de la toxine préparée à partir de la culture atténuée que nous nous sommes servis.

L'injection sous-cutanée de cette dernière toxine, aux doses de 1/2, 1, 2 cc. chez un lot de souris, a déterminé, chez ces animaux, une longue phase de *sommeil pathologique* caractéristique durant plusieurs heures. Au bout de 5 heures, cet état de sommeil a fait place à un stade *cataleptique* typique, les animaux conservant les positions actives. Puis très rapidement, au bout de 5 à 10 minutes, la catalepsie fit place à des hyperkinésies effroyables (bonds, sauts, impulsions violentes contre les parois du cristallisateur) puis à la mort.

Des manifestations de sommeil pathologique caractéristique ont été déterminées par l'injection sous-cutanée de cette même toxine à des chats (5 cc.), des cobayes (2 cc.), et un pigeon.

Des expériences de contrôle ont été faites à l'aide d'une

toxine inactive et aussi du bouillon peptoné. Ce dernier détermine bien, chez des animaux comme la souris, un choc peptonique avec engourdissement, mais ce choc est de courte durée et l'animal se remet complètement au bout d'un quart d'heure, à une demi-heure. Au contraire, chez les souris intoxiquées par la toxine active les troubles s'accroissent de plus en plus dans les heures qui suivent et ont fini, d'ailleurs, par aboutir à la mort.

Il est particulièrement intéressant de rapprocher les deux stades oniriques et maniques observés chez cette malade des stades somnolents et hyperkinétiques réalisés expérimentalement chez les animaux par la toxine neurotrope des colibacilles extraits de l'urine de la malade.

OBSERVATION IV.

Mme Ch..., 32 ans.

Observation d'onirisme colibacillaire.

25 juin 1935.

La malade se plaint d'irrégularités de règles. Elle a pris la semaine dernière au moment de ses règles des pilules pour les époques douloureuses. A la suite, elle a eu des maux de tête terribles, des bruits de cloches, le tambour : elle voyait la révolution. Elle pensait qu'elle était Jeanne d'Arc. Cet état a duré 3 jours. Elle a peur qu'on l'empoisonne.

Antécédents.

Il y a 8 ans : Crises douloureuses aux reins. Fièvre et Vomissements.

Urines troubles. Colibacilles. Hospitalisée à Tenon.

On l'a traitée par du sérum anti-colibacillaire.

Actuellement : Lorsque son cerveau lui fait très mal, elle n'a pas mal aux reins. Maux de tête très douloureux aux tempes.

Le début des troubles actuels remonte à 8 jours environ : le lundi après avoir pris des pilules, elle a eu mal à la tête.

Puis elle s'est mise à rêver, cela a commencé dans la soirée.

Elle était très surexcitée et voyait des drôles de choses.

« C'était la révolution. Voilà les Russes qui arrivent, je les entends ».

Elle les voyait exactement : habillés comme des soldats, comme des cosaques, avec une capote et un fusil. Ils étaient très nombreux, une foule. Ils étaient assez bien.

Elle a dit : « Dépêchons-nous, voilà les Russes qui arrivent, groupons-nous ». Elle entendait le piétinement des chevaux. Ensuite on lui a donné une douche.

...Elle pensait qu'on lui arrachait le cœur. « Je veux que tout le monde soit heureux sur terre ».

Quand ce fut passé, elle était très contente et riait aux éclats.

La nuit suivante, elle a bien dormi. Le Jeudi, elle s'est sentie comme hypnotisée : elle voulait aller au marché et n'a pas pu. Elle marchait comme une somnambule. Elle voulait acheter quelque chose et ne pouvait pas. Elle n'était pas tout à fait elle-même. Elle a rencontré une amie qui l'a ramenée chez elle et l'a consolée. Le lendemain elle est allée chez sa sœur et s'est trouvée très heureuse d'être au milieu des siens.

Sommeil.

Elle dormait beaucoup. Ne se réveillait pas du tout pendant la nuit. Sommeil lourd. Dans la journée, pas de tendance à dormir.

Avant elle signale qu'à la suite d'une grande marche (environ 3 semaines avant) de la Porte d'Orléans à la Gare de l'Est, elle a éprouvé une douleur cervico-occipitale avec difficulté pour tourner la tête. A la suite de cela elle s'est sentie très fatiguée.

Antécédents urinaires.

Vers 12 ou 13 ans, elle avait des brûlures en urinant ?

Dans son enfance, elle était très malheureuse dans sa famille. Elle est venue à Paris à 16 ans et a été placée. Elle travaillait beaucoup, mais elle était libre.

A 21 ans, elle a eu des hématuries qui ont duré 8 jours.

Puis part en Amérique à cause d'un chagrin intime pour aller travailler chez une de ses parentes. Elle est restée 18 mois. Opérée de l'appendicite là-bas en 1926. Appendicite très grave. Beaucoup de fièvre, diarrhée, vomissements. Crises tous les 15 jours ou trois semaines. Rentre à Paris en Avril 1928. Souffrait toujours des reins. Elle va à Tenon à la fin de l'année, salle Lisfranc.

On la traite avec du sérum anti-colibacillaire (une vingtaine de piqûres).

Amélioration très sensible.

Après son départ de Tenon, encore quelques crises qui ont disparu brusquement.

Depuis 5 ans, elle va très bien. Mais toujours soucieuse, s'ennuie partout. Elle est toujours très triste.

Mais la dépression est plus accentuée depuis son opération.

Examen.

Pupilles réagissent bien.

Réflexes rotuliens un peu vifs.

Réflexes achilléens normaux.

Rien au cœur.

Très constipée.

III.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DE L'ENCEPHALITE TOXIQUE COLIBACILLAIRE ET DE L'ENCEPHALITE LETHARGIQUE

Dans les observations que nous venons de rapporter, il s'agit de manifestations léthargiques ou oniriques en général assez superficielles et transitoires. Ces manifestations s'accompagnent surtout de troubles dans la sphère psychique ou psycho-névropathique et les signes de localisations neurologiques, oculaires ou motrices semblent faire défaut, contrairement à ce qui se passe dans l'encéphalite épidémique. Notons toutefois que, dans une de nos observations les troubles psychiques s'accompagnaient de quelques algies et même de signes oculaires, en particulier de diplopie. Mais il s'agissait de diplopie mono-oculaire, donc tout à fait différente de la diplopie vraie. On sait que ces diplopies mono-oculaires sont signalées dans des états névropathiques.

Nous touchons là des nuances du diagnostic différentiel entre l'encéphalite épidémique et l'encéphalite colibacillaire. Toutes deux touchent bien la sphère végétative et psychique, mais la prédominance végétative et psychique est plus exclusive dans l'encéphalite colibacillaire, tandis que l'encéphalite léthargique s'accompagne plus souvent de signes de locali-

sations neurologiques telles que les paralysies oculaires vraies et enfin les syndromes moteurs du type parkinsonien.

Il n'est pas toutefois impossible qu'une encéphalite colibacillaire puisse déterminer elle-même des signes neurologiques vrais et même un état parkinsonien, comme le P^r CLAUDE l'a observé dans un cas.

M. H. BARUK a observé une malade qui présentait depuis plusieurs années, au cours d'une toxi-infection colibacillaire grave des algies, des troubles de la marche avec incoordination, une diminution considérable des réflexes tendineux et une très légère atrophie optique dans le segment temporal.

Cette personne avait été examinée par des neurologistes expérimentés tant à Berlin qu'à Vienne. On avait pensé, soit à un début de tabès, soit à une possibilité de sclérose en plaques, mais ces diagnostics avaient été éliminés et les examens humoraux et du L. C. R. étaient restés totalement négatifs.

Le D^r H. BARUK avait pensé à la possibilité de troubles colibacillaires.

La malade est alors perdue de vue, mais quelques mois après, à la suite d'une petite opération dans la région périnéale, survient un état infectieux grave, symptomatique, d'une septicémie colibacillaire.

Dans un autre cas, le D^r BARUK a observé le fait suivant : à la suite d'une infection puerpérale, une malade présente d'abord un état de *léthargie continu*, avec fièvre pendant près de 15 jours; on ne la réveillait que pour l'alimenter.

Le diagnostic est alors fait d'encéphalite épidémique. Quelques mois après, alors que la malade est en pleine convalescence, on constate un ralentissement progressif des mouvements et l'apparition d'un *syndrome parkinsonien* qui n'a fait que s'accroître depuis.

En même temps elle se plaignait d'une dysurie marquée, avec des décharges de pus dans les urines et des quantités énormes de colibacilles visibles au simple examen direct.

Depuis des années le syndrome parkinsonien persiste, ainsi que la pyurie colibacillaire extrêmement intense. Toutefois ce syndrome parkinsonien, bien que d'aspect très typique, comporte assez peu de rigidité mais plutôt un aspect de viscosité motrice avec même une certaine tendance à la conservation des attitudes segmentaires.

Pour ces raisons, le D^r BARUK avait pensé à une origine colibacillaire de ce syndrome et préconisé la sérothérapie anticolibacillaire, mais cette médication n'a pu être mise en œuvre d'une façon suffisamment continue et prolongée, de sorte que l'épreuve thérapeutique n'a pas donné ici d'élément d'appréciation.

Des faits de ce genre sont encore trop incomplets, mais ils laissent soupçonner la possibilité de formes d'encéphalite colibacillaire simulant l'encéphalite épidémique.

Il est inutile d'insister sur l'importance thérapeutique de ce diagnostic différentiel.

IV.

PATHOGENIE

La pathogénie de ces formes léthargiques de la colibacillose est notablement éclairée par l'expérimentation.

Il semble bien, en effet, que c'est beaucoup moins aux microbes qu'à l'action des toxines sur le cerveau que soient dûes ces manifestations somnolentes.

M. le D^r BARUK a montré dans ses expériences en 1933 que la toxine neurotrope du colibacille a une action essentiellement somnolente, et il a pu reproduire sur toute une série d'animaux cet état de narcolepsie et de sommeil absolument caractéristiques.

Les animaux s'endorment; on les réveille; ils se rendorment de nouveau.

Ces phénomènes de sommeil expérimental chez les animaux ont été notamment obtenus avec une intensité particulière à partir d'une toxine provenant des urines d'une malade onirique (Obs. 3).

Dans son Rapport au Congrès de Thérapeutique (Paris 1933), M. le D^r BARUK a notamment insisté sur les rapports qui existent entre ces manifestations somnolentes expérimentales et les symptômes narcoleptiques et oniriques en clinique humaine.

D'autre part, entre le sommeil pathologique vrai, la catalepsie et la catatonie, on peut expérimentalement réaliser tous les degrés suivant la virulence de la toxine.

Ces faits expérimentaux permettent de comprendre très bien les observations cliniques dont nous avons rapporté des exemples (Obs. 1).

Enfin M. BARUK a pu montrer que la sérothérapie anticolibacillaire préventive empêchait l'action somnolente de la toxine colibacillaire chez les animaux, d'où les données thérapeutiques qui en sont découlées.

Ces notions d'expérimentation, rapprochées des faits cliniques, montrent donc que les manifestations léthargiques et oniriques, que nous venons d'étudier, relèvent d'une encéphalite toxique colibacillaire.

TRAITEMENT

Des données précédentes, il ressort que le traitement doit surtout être anti-toxique, beaucoup plus que anti-infectieux.

Dans les nombreux essais qu'il a pratiqués, le D^r H. BARUK n'a obtenu que très peu de bons résultats thérapeutiques par la méthode vaccinothérapique. De même les méthodes diététiques par les régimes acidifiants ne lui ont donné que des déceptions au cours de ces troubles nerveux et mentaux; ils ont même paru quelquefois aggraver l'état clinique.

Dans quelques cas, le D^r BARUK a vu la colibacillose diminuer considérablement par ces méthodes, sans amener une amélioration parallèle des troubles mentaux.

Par contre, ce sont surtout les méthodes anti-toxiques qui ont donné des résultats intéressants. Dans les cas graves on a appliqué la sérothérapie du Professeur VINCENT.

Ce traitement par le sérum de Vincent doit être institué d'une manière rigoureuse et continue. Faute d'utiliser des doses suffisantes ou insuffisamment prolongées, on s'expose à un échec.

On pratiquera des injections quotidiennes durant plusieurs semaines, de 20 à 30 centimètres cubes de sérum.

L'examen local des voies urinaires sera souvent indispensable. Il révélera souvent l'existence de coupures urétérales, de stase pyélique, etc.

Lorsqu'il y aura pyurie dans ces conditions, on injectera dans le bassinot, sous forme de lavages, du sérum de Vincent.

Toutes les fois qu'on administrera le sérum de Vincent, on prescrira une potion anti-anaphylactique avec :

Salicylate de soude	}	aa 6 gr.
Benzoate de soude		
Eau de Vichy		250 gr.

à prendre par prises fractionnées en 24 heures et à renouveler.

Quand nous n'employons pas la sérothérapie, nous utilisons l'uroformine soit en injections intramusculaires, soit en ingestion, de façon prolongée.

IV

CONCLUSIONS

1) On peut observer des manifestations léthargiques ou des crises de narcolepsie au cours de la toxi-infection colibacillaire.

2) Ces états de sommeil pathologiques peuvent être associés ou non à des manifestations oniriques. Celles-ci peuvent aussi survenir isolément.

3) Le diagnostic différentiel peut se poser avec l'encéphalite épidémique surtout lorsque, au sommeil pathologique s'associent des phénomènes infectieux, des algies et parfois même certains troubles oculaires, cataleptiques et même d'allure parkinsonnienne.

4) L'expérimentation chez l'animal reproduit l'action somnolente spéciale de la toxine neurotrope colibacillaire. Il s'agit donc d'une variété d'encéphalite toxique.

5) La thérapeutique devra surtout être antitoxique : sérothérapie, uroformine, etc...

Vu :
LE DOYEN,
G. ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
H. CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

